

UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 140

Contribution à l'étude clinique et médico-légale

DES

FORMES PSYCHIQUES PURES DE L'ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Juillet 1924

PAR

Yévrem MITROVITCH

Né à BAIÏNA-BACHTA (Serbie), le 17 novembre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	Président.
		CHAVANNAZ, professeur....	Juges.
		PERRENS, agrégé	
		PAPIN, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET
17, RUE POQUELIN-MOLIERE, 17

1924



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548615_0016

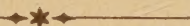
UNIVERSITE DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1923-1924 — N° 140

Contribution à l'étude clinique et médico-légale

DES

FORMES PSYCHIQUES PURES DE L'ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE



THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Mention " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 4 Juillet 1924

PAR

Yévrem MITROVITCH

Né à BAÏNA-BACHTA (Serbie), le 17 novembre 1894

Examineurs de la Thèse	{	MM. ABADIE, professeur.....	<i>Président.</i>
		CHAVANNAZ, professeur....	} <i>Juges.</i>
		PERRENS, agrégé	
		PAPIN, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, ARNOZAN, POUSSON.

PROFESSEURS

MM.	MM.		
Clinique médicale	VERGER.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	LAGRANGE.
id.	VILLAR.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N.
Pathologie et thérapeutique générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique	BÉGOUIN.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques	LE DANTEC.
Physiologie	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	W. DUBREUILH.
Hygiène	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.	GUYOT.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	BARTHE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophthalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	CREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Médecine opératoire.....	JEANNENEY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Chimie analytique.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.
Puériculture.....	ANDÉRODIAS.		

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexé. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

A MA MÈRE

Je dédie ce travail en témoignage bien
faible de ma profonde affection et de ma
reconnaissance infinie.

A MON FRÈRE, A MES SOEURS, A MES BEAUX-FRÈRES

A MON ONCLE

MILORAD VOUYITCHITCH

A MON BON CAMARADE ET AMI

ROBERT DUFILHO

Médecin auxiliaire de 2^e classe de la Marine.

A TOUS MES PARENTS — A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOLIN DE TEYSSIEU

*Ancien chef de clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Médecin-chef du service régional de neuro-psychiatrie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Aigle Blanc de Pologne.*

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ABADIE

*Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Nous sommes très heureux de pouvoir le
remercier de l'amabilité avec laquelle il
nous a toujours reçu dans son service et de
l'honneur qu'il nous fait de présider notre
jury de thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE ET MÉDICO-LÉGALE

DES

FORMES PSYCHIQUES PURES

DE L'ÉPILEPSIE TRAUMATIQUE

INTRODUCTION

Le court séjour, si précieux en enseignements de toutes sortes, que nous avons eu l'honneur de faire à l'Asile d'aliénés de Cadillac, en qualité d'interne, nous a mis en présence de plusieurs cas d'épilepsie psychique pure, cependant que notre collègue Lascourrèges poursuivait ses recherches sur l'épilepsie traumatique tardive.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant, au terme de nos études, de consacrer notre travail inaugural au point commun de ces questions qui nous devenaient ainsi plus familières : aux formes psychopathiques pures de l'épilepsie traumatique. Nous nous sommes adressé à M. le Dr Molin de Teyssieu dont la riche documentation clinique devait nous permettre de mener à bien notre œuvre.

Prenant comme base les 3 observations, dont 2 inédites encore, qu'il a bien voulu nous communiquer, nous avons entre-

pris de rechercher quelle était la fréquence absolue et relative de l'épilepsie psychique post-traumatique, quelle en est sa physionomie habituelle, et surtout quelles sont les conséquences médico-légales qui peuvent dériver de ces faits.

Le sujet de l'épilepsie traumatique d'une part, et celui de l'épilepsie psychique d'autre part, ont été déjà abondamment traités et nous avons eu besoin de toute l'aide bienveillante de ceux qui nous ont aidé dans ce travail pour ne pas nous perdre dans la bibliographie touffue qui les concerne. Nous avons limité nos lectures aux ouvrages essentiels et fait seulement mention des monographies plus directement en relation avec le point de détail que nous devions traiter.

Ces faits, d'ailleurs, autant qu'il nous a été possible de le vérifier, paraissent rares; nous n'avons pas réussi à trouver dans la littérature les concernant spécialement, autre chose que des relations concises, de simples allusions, sans précisions ni documents complets à l'appui. Les archives du service régional de neuro-psychiatrie ne nous ont fourni qu'un seul cas dont l'interprétation reste encore douteuse (Obs. IV); nous y en avons joint un autre plus suspect (Obs. V) qui ne mérite de figurer ici que comme élément probant de la complexité de la question.

Il nous suffit de porter maladroitement une simple pierre à l'édifice commencé par nos camarades Henri, Cheneveau, Lascourrèges, et consacré, sous la même direction, à la mise au point des séquelles tardives des blessures du cerveau.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

Il n'est pas dans notre intention de faire l'exposé chronologique complet de ce qui concerne l'épilepsie traumatique et l'épilepsie psychique. L'une et l'autre des questions ont été diversement et abondamment traitées, il nous faudrait pour la seconde citer tous les grands aliénistes : les Esquirol, les Pinel, les Calmeil, les Baillarger, qui ont eu sous leurs yeux dans leurs services un champ d'observation des plus vastes. Pour les premiers, nous serions contraint à la trop longue énumération d'une série d'articles de traités de chirurgie classique.

Bornons-nous à rappeler parmi les études capitales sur les équivalents psychiques de l'épilepsie celles classiques de Morel, de Falret sur le petit et le grand mal intellectuel, de Feré, de Foville, et celles plus récentes de Laignel-Lavastine, de Hartenberg et de Ducosté. Cette dernière mérite de retenir l'attention, elle constitue la plus récente, 1921, la meilleure et la plus originale des revues générales de l'épilepsie psychique.

En ce qui concerne l'épilepsie traumatique, nous n'avons retenu que la thèse de Béhague, paraphrasée et développée dans son rapport du Congrès de Luxembourg, 1921 ; la thèse bordelaise de Lascourrèges, 1924, et le rapport particulièrement documenté de Billet et Lenormant au Congrès de chirurgie de Strasbourg, 1921. Ces quatre ouvrages, le dernier surtout, contiennent un exposé très complet de tout ce qui a été écrit ultérieurement sur la question.

Les faits d'épilepsie psychique post-traumatique ont suscité,

par contre, beaucoup moins de publications. Nous avons consulté avec soin les fiches bibliographiques de la *Revue neurologique* qui sont, sans conteste, le répertoire par excellence de la littérature neuro-psychiatrique ; c'est à peine si nous avons pu y recueillir une dizaine d'indications d'auteurs.

La guerre, qui a été l'occasion d'une floraison si copieuse de documents de toutes sortes, n'a point amené de travaux importants sur la question. Les cas d'épilepsie psychique post-traumatique seraient donc ou très rares ou tellement fréquents que leur banalité même en empêcherait la présentation. La discussion qui suivit le rapport de Béhague au XXV^e Congrès de neurologie de langue française devait montrer que la première hypothèse est la plus vraisemblable et que le nombre des cas d'équivalents psychiques est assez peu considérable par rapport aux faits si nombreux d'épilepsie traumatique.

C'est à l'occasion de cette discussion seulement que Claude signale chez les épileptiques de guerre l'existence de troubles du caractère et de courts épisodes confusionnels.

Anglade rapporte un cas de démence post-épileptique consécutif à une fracture de la base du crâne, il en rappelle les caractères anatomo-pathologiques spéciaux qui avaient déjà fait l'objet d'une communication à la Société de neurologie en 1902.

Porot cite sans référence précise toute la gamme des accidents mentaux qu'il a observés dans l'épilepsie traumatique et qui sont identiques à ceux que l'on rencontre dans l'épilepsie ordinaire. Il insiste sur une forme spéciale dont il aurait rencontré plusieurs exemples. Cette forme particulière d'équivalents comitiaux est constituée par des accès de manie aiguë de très courte durée, à début soudain, à terminaison brusque et caractérisés par l'inconscience et l'amnésie consécutive. Nous en rapportons une observation en tous points comparable, à la description de l'auteur algérois.

Plus récemment encore, nous relevons enfin les articles de Vernet et de Molin de Teyssieu ; le dernier, consacré à un point particulier de psychopathologie, est d'un intérêt un peu spécial quelque peu éloigné de notre sujet.

CHAPITRE II

L'épilepsie traumatique.

Il n'est pas inutile, croyons-nous, de rappeler brièvement, en tête de notre étude, l'essentiel des données actuelles de la question de l'épilepsie traumatique telles qu'elles résultent des travaux les plus récents. Les rapports de Béhague, de Billet et Lenormant, la thèse de Lascourrèges ont, nous l'avons indiqué plus haut, été les sources auxquelles nous avons puisé les documents que nous résumerons ici.

Limites de l'épilepsie traumatique. — L'épilepsie traumatique englobe tous les cas de mal comitial dans l'étiologie directe desquels on peut incriminer un traumatisme. Il est évident que la recherche de ce traumatisme devra être faite avec toute la rigueur de la critique scientifique et que seront seules admises les atteintes craniennes indubitables ou les commotions dans les commémoratifs desquels l'authenticité de l'atteinte cérébrale aura été attestée par une perte de connaissance indiscutable de quelque durée. Ainsi comprise, l'épilepsie traumatique réunira un très grand nombre de cas, elle ne se limitera plus à la seule épilepsie jacksonienne, qui hier encore était, pour le médecin, synonyme d'épilepsie traumatique; elle revendiquera pour elle quantité de faits rangés autrefois sous l'étiquette d'épilepsie essentielle ou de névrose et même, selon Porot, bien des formes de troubles psychiques transitoires se montrant périodiquement à l'état isolé à la suite de graves blessures cérébrales.

Fréquence. — Les limites de l'épilepsie traumatique ainsi étendues laissent à penser que la fréquence de cette redoutable

complication des traumatismes cérébraux est grande. Les plus récents travaux montrent que le fait est exact et que, en ce qui concerne notamment les séquelles des blessures cérébrales de guerre, cette fréquence, déjà considérable au cours des hostilités, augmente progressivement depuis la fin de la guerre au fur et à mesure que s'allonge le temps qui nous sépare du traumatisme causal. La moitié environ des blessés du crâne et du cerveau présentent donc un délai variable des accidents comitiaux : 43 p. 100, Cheneveau; 45 p. 100, Voss; 48 p. 100, Henri; 52 p. 100, Molin de Teyssieu.

Causes de l'apparition des accidents épileptiques. — La lecture des principaux travaux relatifs à l'étiologie et à la pathogénie de l'épilepsie traumatique permet, au milieu des divergences d'auteurs, d'aboutir à l'opinion que les manifestations comitiales sont conditionnées par des lésions diffuses de sclérose névroglique fine (Anglade, Mairét, Guillaïn, Mott) et que c'est précisément cette diffusion précoce pour certains qui est la cause des accidents, dans les cas même où il existe de grosses lésions localisées.

Des divers facteurs favorisants allégués successivement, il ne faut retenir que l'alcoolisme dont l'influence aggravante est indéniable. Tous les autres, tirés de l'âge, des professions, de la nature et du siège de l'agent vulnérant, ont un rôle qui n'est pas défini avec une certitude suffisante pour que nous le retenions.

Temps de latence. — Le temps de latence de l'épilepsie traumatique ne peut être fixé d'une façon absolue. Il ressort de la thèse de Lascourrèges comme de celles d'Henri et de Cheneveau que cette épilepsie, très fréquente selon les classiques dans les dix-huit premiers mois suivant la blessure, peut se manifester d'une façon retardée dans 25 p. 100 des cas. Elle a été notée huit ans, Lascourrèges; dix ans, Wendel; douze ans, Billet; quinze ans, Leszinski et même vingt ans, Tillemann.

Formes cliniques. — Nous serons bref sur les formes cliniques dont l'une doit retenir plus longtemps notre attention.

Notons simplement qu'à l'instar de l'épilepsie essentielle, elle comprend des formes psychiques, celles que nous allons étudier, et des formes motrices généralisées ou localisées.

Les formes motrices généralisées sont de beaucoup les plus fréquentes, 66 p. 100. Les formes jacksoniennes viennent ensuite, 34 p. 100. Quant aux formes vertigineuses pures, elles sont rares. Les formes à équivalents psychiques ne constituent que 5 p. 100 du chiffre total des cas d'épilepsie traumatique.

Évolution. — L'évolution de l'épilepsie traumatique et partant son pronostic ne sont guère favorables. Le nombre de blessés du cerveau diminue chaque jour par extinction; ces malheureux meurent rapidement enlevés, sans raison apparente, par des accidents aigus de méningo-encéphalite, soit en état de mal. La thèse d'Henri contient sur ce point des chiffres suggestifs. Il apparaît cependant que ce ne soit pas précisément la manifestation épileptique qui soit la menace pour le malade et les affirmations pessimistes sur la démence post-épileptique sont nettement exagérées. C'est la nature des lésions cérébrales, fonctions du traumatisme, qui portent en elles la gravité indépendante de la formule clinique épileptique ou non qu'elles déterminent.

L'utilisation systématique et raisonnée des dérivés uréiques employés sous forme de gardenal pur ou associé aux sels de Bore ou à la belladone caféinée semble diminuer un peu la gravité des manifestations épileptiques elles-mêmes.

CHAPITRE III

Les équivalents psychiques de l'épilepsie.

C'est une notion clinique courante que l'épilepsie peut se compliquer de troubles psychiques de toute nature. Le propre de la crise comitiale est, en effet, de s'accompagner d'une sidération soudaine plus ou moins complète de la conscience avec libération des automatismes psychomoteurs subconscients ou inconscients. L'intensité de ces deux ordres de phénomènes conditionne la forme et la gravité du trouble mental.

Trousseau avait déjà décrit sous le nom d'épilepsie larvée les équivalents psychiques de mal comitial convulsif alternant avec les paroxysmes moteurs, quand, en 1869, Morel soutient que d'emblée et tout le temps de la vie du malade cette manifestation mentale intermittente pouvait réaliser la seule extériorisation du mal comitial. Le domaine de l'épilepsie psychique était agrandi, celui de l'épilepsie psychique pure se créait; les aliénistes frappés par une série de faits étranges l'admettaient (Magnan, Voisin, Fère, Legrand du Saule); les criminalistes l'étendaient même outre mesure (Lombroso).

Nous ne voulons pas traiter ici dans leur entier les rapports de l'épilepsie et des troubles mentaux, mais mentionner les traits principaux de la question. Nous nous référons pour cela au travail de Morel que tous les suivants n'ont guère fait que suivre dans ses détails tout en adoptant la classification. Nous n'avons tiré que de très brèves indications des articles d'Hartenberg, de Marchand et de Ducosté, écrits surtout au point de vue plus spécial de la psychopathologie.

L'étude psychiatrique de l'épilepsie psychique comprend deux grands groupes de faits : les troubles du caractère et les troubles mentaux proprement dits.

Les troubles du caractère ne méritent pas de retenir notre attention, ne touchant que de trop loin à l'objet précis de notre travail. Indiquons en passant que les traits assignés par les premiers auteurs au caractère épileptique ne sont pas toujours exacts. Violence et hypocrisie ne constituent pas toujours la dominante de la maladie épileptique et les exemples célèbres de César, Pétrarque, Mahomet, Newton, Flaubert et Dostoiewsky sont là pour prouver que le mal comitial peut coexister avec tous les caractères et qu'il n'imprime guère de tendances particulières aux terrains psychiques différents sur lesquels il vient à se développer.

Les troubles mentaux sont eux-mêmes à subdiviser en deux classes principales selon qu'ils sont liés à l'accès ou qu'ils sont interparoxystiques :

1° Les premiers comportent les auras psychiques et les épisodes confusionnels. Les auras, comme leur nom l'indique, précèdent l'accès, sont rapides, polymorphes, elles restent fixes pour le même sujet ; elles affectent deux grands types : le type hallucinatoire ou le type impulsif. Nous renvoyons pour leur connaissance approfondie à tous les traités spéciaux ou même aux simples manuels de pathologie interne.

Les épisodes confusionnels, qui eux suivent la crise motrice, ne diffèrent en rien de l'accès de confusion mentale onirique de l'alcoolisme. Ils ont même été et sont encore le type clinique sur lequel est prise la description didactique de la confusion allant de la simple torpeur avec rêverie au grand accès délirant hallucinatoire ; ils traduisent la sidération des centres supérieurs et la libération des automatismes inférieurs. Ils sont normalement de courte durée, quelques heures à huit jours, mais peuvent se prolonger. « La conscience se nettoie comme le ciel s'éclaircit après l'orage. » (Régis).

Il est exceptionnel de voir après l'accès des formes mentales sans confusion. Il faut, lorsqu'on les constate sous forme d'accès maniaque ou mélancolique, songer à l'existence d'une constitution vésanique sous-jacente. Les délires post-oniriques sont exceptionnels après les paroxysmes épileptiques.

2° Les troubles mentaux interparoxystiques, autrefois divisés en grand et petit mal intellectuel, sont mieux classés en troubles mentaux aigus et troubles psychiques chroniques. Les derniers sont constitués par la démence épileptique que nous laisserons de côté et qui, d'ailleurs, mériterait revision en raison des inexactitudes cliniques trop nombreuses écrites à son sujet. Les premiers englobent grand et petit mal, ils comprennent les absences, les impulsions, la fureur épileptique. En réalité, ils sont constitués par la confusion mentale plus ou moins marquée qui est la caractéristique de l'épilepsie. Pour la commodité, ils ont été répartis en catégories diverses d'après l'intensité du ralentissement psychique et de l'activité automatique.

Les absences constituent de très courts épisodes de confusion, elles peuvent être pures ou accompagnées de gesticulations, d'actes, de paroles automatiques. L'absence peut n'être que partielle et ne porter que sur un certain nombre de fonctions psychiques; on constate alors les faits curieux de sentiment du déjà vu, d'impression d'étrangeté du monde extérieur. Elle peut dans ces cas être consciente et amnésique.

Les impulsions sont, comme tous les autres accidents comitiaux, soudaines, brutales, elles sont motrices ou psychiques, elles portent à l'automatisme ambulateur et partant à la fugue, beaucoup plus rarement à la pyromanie, au vol, à l'exhibitionnisme, au meurtre. Elles peuvent s'accompagner de conscience et ne pas être toujours suivies d'amnésie (Marchand, Hartenberg, Ducosté), ainsi que le voulaient les classiques; cette amnésie est souvent retardée (Maxwell).

Poussée à l'extrême dans le domaine psychomoteur, moteur surtout, l'impulsion aboutit avec tous les degrés de transition à l'accès de colère, à la manie, à la fureur épileptique dont la violence et la brutalité inouïe jointe à la soudaineté, à l'inconscience et à l'amnésie habituelles, mais non pas immuables, sont les caractéristiques classiques.

Nous allons voir maintenant, après ce bref exposé schématique, comment et quand le traumatisme peut réaliser de semblables formes d'épilepsie psychique pure.

CHAPITRE IV

Étude clinique des formes psychiques pures de l'épilepsie traumatique.

I. Considérations générales.

La question des formes pures de l'épilepsie soulève évidemment bien des réserves; il apparait, en effet, souvent difficile de défendre avec toutes les garanties de certitude la nature comitiale d'un trouble mental passager ou durable. Nous avons vu que l'amnésie consécutive, l'inconscience absolue au cours de la période troublée, pouvait manquer; les observations nombreuses de Maxwell, Séglas, Ducosté, Marchand sont là pour l'affirmer. Seule la soudaineté d'apparition serait la caractéristique constante des manifestations épileptiques motrices ou psychiques. D'autres affections vésaniques peuvent cependant débiter brusquement, telles la manie et certains épisodes confusionnels, et ce critérium perd de sa valeur. Il serait, en effet, excessif de vouloir, comme le font d'aucuns, rattacher à l'épilepsie tous les accès maniaques à début brusque et de courte durée ainsi que toutes les impulsions à la violence. Nous avons donc pensé qu'il fallait nous montrer rigoureux dans le choix des observations et n'admettre que les cas de troubles psychiques dont l'origine épileptique ne peut pas faire de doute, soit qu'une crise motrice soit venue signer le diagnostic, soit que les caractères cliniques et l'anamnèse soient caractéristiques.

Nous avons préféré laisser de côté les cas d'épilepsie antérieure transformée par un traumatisme en épilepsie avec trou-

bles mentaux, ainsi que les cas d'aliénation mentale compliquée de manifestations comitiales par un traumatisme cranien intervenant tardivement, en raison de la difficulté de leur interprétation.

Il n'est pas étrange que limitant ainsi le cadre de l'épilepsie psychique traumatique le nombre des cas que nous apportons soit restreint. Nous entendons donc sous cette rubrique les formes d'épilepsie traumatique dans lesquelles l'accident psychopathique est la manifestation habituelle du mal comitial et où il se présente isolément sans relation immédiate avec les paroxysmes moteurs. Il ne nous a pas été possible de limiter davantage les formes pures et de repousser les formes psychopathiques se montrant chez des malades ayant présenté épisodiquement, depuis le traumatisme, des crises convulsives.

Sur plus de 200 cas d'épilepsie traumatique de guerre, nous n'avons pu retenir dans les archives du service de neuro-psychiatrie que 5 cas. Nous eussions voulu apporter à la base de notre travail un plus grand nombre de faits, la chose ne nous a pas été matériellement possible; aussi la valeur des considérations dictées par cette étude clinique est-elle toute relative. Il nous suffit d'apporter ici des faits inédits. Cette thèse nous aura au moins servi, en outre, à parfaire notre éducation sur un point intéressant de pathologie nerveuse et mentale, s'il ne nous a pas été donné de faire œuvre scientifique.

L'étiologie dans nos cas paraît assez complexe, le traumatisme existe évidemment dans tous les cas : deux fois il s'agit de fracture de la base du crâne (Obs. II et IV); une fois d'enfoncement cranien (Obs. I et II); une fois de perte de substance cranio-cérébrale assez importante. Dans tous les cas, l'état antérieur n'était pas absolument indemne; l'hérédité est chargée dans deux cas, elle est similaire dans un (Obs. IV). Le terrain mental paraît fragile antérieurement au traumatisme dans toutes nos observations. Il apparaît comme certain que la prédisposition individuelle joue un rôle primordial dans l'orientation psychopathique du mal comitial traumatique.

Les excès alcooliques sont notés dans 3 de nos observations

avec certitude (Obs. I, II, III), et ils sont vraisemblables dans une autre. Il est à peu près évident que les habitudes d'intempérance existaient avant les blessures. L'action aggravante sinon déterminante de cette cause étiologique est indiscutable. Les excès, s'ils ne conditionnent pas entièrement la formule clinique de l'épilepsie traumatique, en exagèrent les manifestations et en facilitent le retour. N'oublions pas que le tableau clinique de la confusion mentale alcoolique ne diffère, pour ainsi dire pas, de celui des épisodes confusionnels post-épileptiques, et que c'est un problème insoluble que de dire, en présence d'un accès de délire onirique hallucinatoire, ce qui revient au toxique et ce qui appartient à la maladie. L'alcoolisme des parents existait sans conteste dans 1 cas (Obs. III).

Il est inutile de reprendre l'analyse minutieuse de la séméiologie des cas d'épilepsie psychique que nous rapportons, nous en avons fixé les traits habituels dans les chapitres précédents, nous ne signalons que les traits particuliers, fort peu nombreux d'ailleurs, qui sont caractéristiques à nos cas.

Deux fois (Obs. I et II), il s'est agi d'impulsions nettement caractérisées, une fois à la fugue et l'autre fois à l'incendie. Nos malades ont plusieurs fois présenté de semblables manifestations psychiques de leur épilepsie. Il semble, en effet, que comme le paroxysme moteur l'équivalent psychique se reproduise toujours identique à lui-même sous l'influence provocatrice de causes qui peuvent être variables.

Dans l'observation V, il existe aussi des impulsions soudaines périodiques chez un ancien blessé du cerveau. Leur caractère antisocial coordonné permet un doute quant à l'interprétation qu'il faut en donner. Ne faut-il pas penser que, dans cette observation, le véritable trouble psychique est le fléchissement intellectuel brusque, quoique partiel, qui permet l'accomplissement, en dehors du contrôle volontaire, d'actes conformes aux tendances instinctives de l'intéressé.

L'inconscience est, dans tous les cas, partielle; elle est nulle dans l'observation V. On ne peut la considérer comme absolue que dans la quatrième de nos observations. Nous savons par les

plus récents travaux qu'elle manque souvent dans les accidents comitiaux, même moteurs, les plus authentiques.

Il en est de même de l'amnésie consécutive qui peut n'être que partielle et qui, dans la majorité des cas, est retardée. Par ces caractères, comme par presque tous les autres sur lesquels nous n'insistons pas, l'épilepsie traumatique ne se différencie guère des formes classiques de l'épilepsie vulgaire.

La confusion mentale agitée est complète dans 1 cas (Obs. IV); elle est partielle et porte sur certaines fonctions intellectuelles dans l'observation III. Cette observation déjà publiée et que nous reproduisons en résumé semble justifier l'assimilation des formes de l'épilepsie psychique aux confusions dans lesquelles il existe surtout un trouble quantitatif des perceptions intellectuelles. Dans tous les cas, et c'est là la signature de la nature comitiale du trouble, cette confusion survient brusquement à la façon d'un ictus par chute soudaine de la tension psychique.

L'évolution de nos formes psychiques épileptiques traumatiques, qui a pu être suivie pendant plusieurs années, ne se montre pas aussi fatalement progressive que celles des formes motrices pures. Dans 2 cas au moins, nous avons pu noter l'influence heureuse du traitement par les dérivés uréiques. Une fois (Obs. III), la terminaison s'est faite par suicide qu'il est possible, mais non probable, de rattacher au mal comitial.

II. Observations.

OBSERVATION I

Rapport d'expertise médico-légale.

Exposé des faits. — G... est inculpé d'avoir volontairement allumé plusieurs incendies, d'avoir notamment, dans la nuit du 8 janvier 1923, mis le feu à une meule de bruyères sur le territoire de la commune de Loupiac et brûlé, en janvier de la même année, une partie des récoltes du sieur Roux domicilié à quelques kilomètres de sa propre résidence.

G... ne connaissait pas les propriétaires des fourrages ainsi incendiés. Il a spontanément prévenu les victimes du sinistre et a collaboré activement aux mesures d'extinction.

Les témoignages sont tous formels pour affirmer qu'il n'était pas ivre et que son attitude était de nature à ne susciter aucune remarque pendant que se déroulaient les faits visés par l'inculpation.

Il avait précédemment, en 1921, commis dans des conditions analogues six incendies volontaires et était l'objet d'un examen mental pratiqué par notre confrère, M. le Dr Perrens.

Antécédents et renseignements. — G... est âgé de 39 ans, marié, père de trois enfants. Il exerce la profession de domestique agricole.

Ses antécédents héréditaires n'offrent aucune particularité susceptible d'être retenue. Il a fréquenté irrégulièrement l'école jusqu'à 12 ans, n'a pas obtenu le certificat d'études et n'a qu'une instruction primaire rudimentaire.

Il n'a jamais été sérieusement malade durant son enfance et son adolescence. Il a accompli deux années de service militaire et mérité l'attestation de bonne conduite. Il a servi durant toute la guerre dans un régiment d'infanterie, a été cité à l'ordre du jour en termes élogieux et blessé à la tête en juillet 1917 et en mai 1918 par éclat d'obus occasionnant des plaies non pénétrantes dans les régions mastoïdienne et du vertex.

Les renseignements le concernant, émanés du maire de la commune où il a résidé le plus longtemps, le représentent comme un caractère faible ne jouissant pas toujours de la plénitude de ses facultés, alcoolique invétéré, irresponsable, dangereux pendant ses crises, mais travailleur, honnête, doux et inoffensif dans l'intervalle. Il aurait fréquemment des accès aigus au cours desquels il est halluciné et voit le feu partout.

Notre collègue Perrens, ayant eu l'occasion de l'examiner en 1921, imputait à l'alcool les manifestations psychopathiques ainsi que les réactions délictueuses auxquelles il s'était alors livré.

Examen. — G... est un homme de taille moyenne, de constitution robuste, ne paraissant, lors des examens, atteint d'aucune maladie caractérisée. L'examen objectif ne révèle d'ailleurs chez lui aucun signe positif d'affection organique des grands appareils digestif,

circulatoire, respiratoire et génito-urinaire. La respiration est rude aux sommets pulmonaires, sans bruits pathologiques surajoutés. Les réflexes tendineux sont faibles, il n'existe ni tremblement, ni stigmate bien net d'intoxication ou d'infection en évolution. Il avoue cependant des habitudes éthyliques modérées auxquelles il impute tous les troubles physiques qu'il dit ressentir. La région du vertex est le siège d'un enfoncement osseux, reliquat de la blessure crânienne subie en 1918.

Il se plaint de souffrir de céphalées continues, de sensations vertigineuses vagues et d'éblouissements, tous symptômes notablement exagérés par le travail tête baissée, exposition au soleil, et, en général, toutes les causes de congestion encéphalique. Il présenterait à intervalles irréguliers, mais surtout à l'occasion d'excès de boisson même discrets, des accidents convulsifs désordonnés accompagnés de chute brutale, au cours desquels il s'est fréquemment blessé, suivis de torpeur intellectuelle et de lassitude physique accentuées.

Au point de vue psychique, il jouit d'un développement rudimentaire de toutes ses facultés, mais ne fait montre d'aucune idée délirante, d'aucun trouble psycho-sensoriel, ni d'aucun affaiblissement véritable de son fonds intellectuel.

Il se prête volontiers à l'interrogatoire, répond avec sincérité et manifeste une émotion profonde de sa pénible situation actuelle. Il ne parvient pas à s'expliquer la raison des actes qu'il a commis et dont il affirme n'avoir conservé aucun souvenir. Il accepte comme véridique les témoignages qui l'accusent, plus confiant dans la valeur de l'opinion d'autrui que dans les données de sa mémoire infidèle.

Il paraît inquiet des conséquences possibles de sa conduite. Il assure sans ambage préférer une condamnation au séjour dans un asile d'aliénés, où il craint de rester trop longtemps loin des siens pour lesquels il ressent une affection profonde.

Discussion. — En résumé, G... est très certainement atteint d'épilepsie traumatique consécutive à une blessure non pénétrante de la région pariéto-occipitale reçue au cours de la guerre en 1918, et dont les manifestations cliniques se sont, ainsi qu'il est de règle.

insidieusement et tardivement installées depuis son retour dans ses foyers.

Cette affection organique du système nerveux central se produit chez lui par deux groupes d'accidents : moteurs psychiques, habituellement déclanchés par toutes les causes de congestion encéphalique, et plus spécialement par les excès alcooliques auxquels il s'adonne trop volontiers. Les crises de convulsion toxique, précédées d'ictus apoplectiformes, alternent ainsi avec des accès d'automatisme ambulateur accompagnés d'impulsion pyromaniaque et suivis d'amnésie lacunaire totale parfois retardée.

Les actes pour lesquels G... est à nouveau aujourd'hui poursuivi ont été accomplis au cours d'une de ses périodes d'état second épileptique et échappent de fait à toute mesure de répression pénale.

L'apparente coordination de la conduite pendant la durée des équivalents comitiaux ne suffit pas à en faire écarter l'origine pathologique affirmée par la brusquerie du début toujours identique, la répétition quasi automatique des mêmes gestes incendiaires, l'absence complète de tout souvenir correspondant, la torpeur intellectuelle consécutive et surtout par la notion des paroxysmes moteurs intercalaires.

Bien que les retours périodiques de semblables troubles soient encore peu fréquents, G... est susceptible, en raison même de la formule de sa maladie, de se montrer, ainsi que l'expérience l'a prouvé à plusieurs reprises, dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes. Il doit être placé dans un asile d'aliénés où seulement il recevra la surveillance et les soins que son entourage, d'ailleurs mal averti de son état, s'est montré incapable de lui assurer.

Conclusions. — G... était en état de démence au sens de l'article 64 du Code pénal, au moment des faits qui lui sont reprochés.

Il doit être considéré comme pénalement irresponsable de ces faits.

Il est atteint d'épilepsie à manifestations motrices et psychiques rares, mais susceptible de le rendre dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

Il doit être remis à l'autorité administrative en vue de son placement dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION II

Rapport d'expertise médico-légale.

Exposé des faits. — Le 17 août dernier, B..., rentré de permission le matin même, quittait son corps vers 10 heures du soir et n'y était reconduit que huit jours après par les gendarmes qui l'avaient arrêté alors qu'il errait dans les rues de la ville.

Interrogé, il ne put fournir aucun mobile à son absence. L'enquête put établir qu'il n'avait pas quitté Rochefort, où il avait loué une chambre disant attendre sa femme. Il paraissait triste et déprimé, mais ne semblait pas atteint de troubles mentaux. Il passait la plus grande partie de son temps à écrire des lettres dont l'une, incohérente, figure au dossier. Il s'était rendu à l'hôpital maritime où il devait être admis, mais avait brusquement rebroussé chemin après avoir dit quelques mots au concierge.

Antécédents et renseignements. — B... est âgé de 34 ans, est marié en secondes noces avec la sœur de sa première femme, il est soldat de carrière et compte déjà douze années de services. Il a, avant son incorporation et au cours de ses interruptions de présence sous les drapeaux, exercé le métier de comptable.

Ses antécédents héréditaires ne nous sont pas connus. Il a perdu ses parents alors qu'il était en bas âge. Il était sans nouvelles de sa mère depuis fort longtemps lorsqu'il apprit son décès.

Il ne paraît pas avoir atteint de graves maladies. Il a fait campagne en France, en Afrique, en Nouvelle-Calédonie et en Orient au cours de la guerre. Il a été assez sévèrement impaludé et a été blessé le 22 septembre 1918 par éclat de grenade à la face et au crâne. Il avoue commettre régulièrement depuis la mort de sa première femme de copieux excès alcooliques.

Les renseignements le concernant sont divergents. Ses chefs militaires le notent comme un sujet intelligent, mais animé d'un très mauvais esprit, fourbe, indélicat et menteur. Il a encouru deux cent dix-sept jours de punition, le plus souvent pour absences illégales. Il a été récemment condamné à la peine d'un an de prison avec

sursis pour désertion. Ses employeurs et sa famille, au contraire, le tiennent pour un brave travailleur, de caractère doux, bon père et fidèle époux.

Ces derniers attirent l'attention sur une série de faits troublants qui se seraient manifestés chez lui depuis son retour de la guerre. B... aurait périodiquement, et en particulier sous l'influence des contrariétés ou des excès, de brusques absences avec modifications de l'humeur, aspect hébété et confusion des idées durant parfois plusieurs jours (cote 12). Il aurait, à maintes reprises, quitté son travail sans cause apparente; il aurait ainsi abandonné son bord au moment du départ, alors qu'il naviguait comme garçon de salle, et se serait retrouvé à terre sans savoir comment il avait été débarqué (cote 24). Le docteur Sauvez enfin, qui eut l'occasion de l'employer à Paris pendant plusieurs mois, nous apprend qu'il faisait bien son travail, mais qu'environ une fois par mois il arrivait dans un état psychique faisant croire à une demi-ébriété. Une fois, en décembre 1921, il eut, en présence d'un personnel averti, une crise convulsive du type épileptique pur. Une autre fois, il quitta ses occupations et ne revint qu'après une absence de trois jours sans pouvoir indiquer où il était allé. Il s'était rendu au Havre; à son retour, il était porteur d'ecchymoses à la face.

Il a, au cours de la guerre, mérité une citation à l'ordre du jour du régiment pour sa brillante conduite.

Examen. — B... est un homme de taille moyenne, de constitution robuste, ne paraissant, lors de l'examen, atteint d'aucune maladie caractérisée. L'exploration objective ne révèle d'ailleurs chez lui aucun signe positif d'affection organique des grands appareils digestif, respiratoire, circulatoire ou génito-urinaire. Les réflexes tendineux sont faibles, il n'existe ni tremblement, ni stigmatisme bien net d'intoxication ou d'infection en évolution.

B... se plaint de souffrir d'une façon intermittente de céphalées diffuses, de sensation vertigineuse vague et d'éblouissements, tous symptômes notablement exagérés par le travail tête baissée, l'exposition au soleil, et en général toutes les causes de congestion encéphalique. Il n'a pas souvenir d'avoir eu d'autre accident convulsif que celui mentionné plus haut. La région du vertex est le siège de lésions de teigne tonsurante actuellement en voie de régression.

Au point de vue psychique il jouit d'un développement suffisant et égal de toutes ses facultés. Il ne fait montre d'aucune idée délirante, d'aucun trouble psycho-sensoriel, ni d'aucun affaiblissement véritable de son fonds intellectuel.

Il se prête volontiers à l'interrogatoire, répond avec sincérité et manifeste une véritable émotion de sa pénible situation actuelle. Il ne parvient pas à s'expliquer la raison de sa désertion dont il affirme n'avoir conservé aucun souvenir, il accepte comme véridique les témoignages concernant son emploi du temps.

Il paraît inquiet des conséquences possibles de sa conduite. Il assure sans ambage préférer une condamnation à un verdict d'irresponsabilité et une mise en réforme à son gré plus préjudiciable à ses intérêts matériels.

Conclusions. — B... est atteint d'épilepsie psychique.

Il était en état de démence, au sens de l'article 64 du Code pénal, au moment des faits de l'inculpation.

Il est inadaptable à la vie militaire.

OBSERVATION III

X..., *Annales de médecine et de psychiatrie*, avril 1924.

Le B... (François), 25 ans, peintre.

Antécédents héréditaires. — Père saturnin, buveur; frère déséquilibré.

Antécédents personnels. — Rien à signaler. Maladies banales de l'enfance, caractère doux et paisible.

Histoire de la maladie. — A 16 ans, victime d'un grave accident de bicyclette, fracture de la base du crâne, durée du coma, trois jours. Guérison rapide. Un an après, crise convulsive épileptique nette; depuis cette date, reproduction périodique, mais rare d'accidents moteurs, modification du caractère, irritabilité, tendance à la violence, commet des excès alcooliques de plus en plus nombreux.

En avril 1921, brusquement, accès de confusion mentale avec onirisme hallucinatoire à teinte mystique, durée, cinq jours, dispari-

tion rapide des phénomènes, amnésie à peu près complète de la période confusionnelle.

Depuis le mois de novembre 1921, prend quotidiennement 20 centigrammes de gardenal, ne commet plus d'excès de boisson, ne présente, jusqu'en avril 1922, aucun accident de quelque nature qu'il soit. Avait supporté sans incident un choc émotionnel intense : rupture de fiançailles qui lui étaient particulièrement chères.

A la fin d'avril 1922, sans raison appréciable, s'agite, néglige son travail, tient des propos incohérents. Dit à ses camarades qu'il a déjà fait les mêmes travaux dans la même maison. Cesse son ouvrage, tant les propos paraissent étranges à ses camarades.

Il fut médicalement observé pendant six jours, nous pûmes l'observer ; il vivait dans sa chambre de la vie automatique normale, s'irritant quelque peu de la défense qui lui était faite de sortir. Il n'était nullement désorienté dans le lieu, ni dans le temps. Il disait être en parfaite santé physique et mentale, mais affirmait avoir déjà vu les objets qu'on lui présentait, déjà lu les articles du journal du jour, déjà entendu parler des histoires qu'on lui racontait. Il n'éprouvait aucun sentiment pénible, mais simplement un étonnement interrogatif. Cet état s'atténuait progressivement, il reconnaissait le caractère pathologique de ses impressions qui disparaissaient en laissant un souvenir intact.

Aucun incident depuis cette époque, pendant trois mois fait correctement son travail sans que sa famille et son entourage remarquent rien d'anormal. Le 25 août 1922 quitte son domicile, va se jeter dans la Garonne.

OBSERVATION IV

J..., 24 ans, employé de commerce.

Antécédents héréditaires. — Père aurait présenté des crises convulsives.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Chute de cheval en mai 1916, fracture de la base du crâne, perte de connaissance, période de coma avec agitation confusionnelle

consécutive. Interné à l'asile d'aliénés où il reste trois mois. Ses premiers souvenirs datent du 15 juin 1916; il se rappelle qu'il était agité et qu'on a dû l'attacher sur son lit. Guérison complète, reprend son service. Première crise convulsive le 11 janvier 1917; depuis, deux crises convulsives.

Vers la fin de 1917, nouvel épisode d'agitation confusionnelle avec onirisme hallucinatoire nécessitant son transfert à l'asile; durée : huit jours. Pas d'accidents moteurs.

Le 3 juillet 1919, agitation maniaque avec appoint confusionnel, signe d'irritation méningée, hypertension rachidienne; durée : cinq jours. Amnésie consécutive.

Au cours des années 1920-1921, quatre épisodes confusionnels analogues survenant toujours brusquement, s'accompagnant de réactions maniaques et de symptômes d'irritation méningée; au cours de ces ictus confusionnels, le malade est désorienté dans le temps, mais répond à toutes les questions le concernant.

Depuis novembre 1921, prend régulièrement 20 centigrammes de gardenal par jour, associés à 20 centigrammes de caféine et 2 centigrammes d'extrait de belladone tous les trois jours. N'a présenté par la suite aucun accident, reste irritable. Revu en 1924, persistance du bon état physique et mental.

OBSERVATION V (résumée).

G... (Fernand), 35 ans, clerc d'huissier.

Rien à signaler dans ses antécédents. Blessé, en septembre 1914, par éclat d'obus région pariétale droite, perte de connaissance de plusieurs jours de durée, pas de paralysie ni de trouble visuel. Continue son service sans incident jusqu'en janvier 1918; à cette époque, condamné à deux ans de prison avec sursis pour désertion. Semble avoir fait une fugue impulsive.

Depuis cette date, souffre de céphalées, vertiges, éblouissements, fatigabilité cérébrale, jamais d'accident moteur.

Tous les ans, à époque fixe, vers la fin novembre, change de caractère, fait montre d'excitation psychique, commet des délits,

« détournements », fait des fugues. Dit que c'est plus fort que lui, ne peut pas résister, a fait une tentative de suicide. Au début de janvier, redevient normal, prend une occupation conforme à ses aptitudes et donne satisfaction à ses employeurs.

A l'examen physique, rien de particulier, sauf la perte de substance crânienne de la région pariéto-occipitale supérieure droite.

III. Interprétation pathogénique.

L'explication pathogénique de ces faits étranges de troubles mentaux épileptiques survenant à l'état isolé à la suite de traumatismes cranio-cérébraux constitue un problème des plus délicats. Le mécanisme intime de la pensée humaine se laisse difficilement pénétrer, et ces troubles pathologiques, par leur mobilité, leur variabilité déconcertent encore davantage l'observateur. Le mystérieux de l'épilepsie psychique a toujours frappé psychologues, philosophes, littérateurs et médecins. Nous n'en voulons pour preuve que les ouvrages les plus célèbres : au théâtre, *l'Enquête*, de Kistemækers, et le tout récent roman d'Henri Béraud, *Lazare*.

Notre inexpérience ne nous permet pas de formuler d'opinion personnelle; nous exposerons simplement ici celles qui parmi nos lectures nous ont le plus séduit et paru les plus vraisemblables.

Le premier point qui appelle une interrogation est celui de savoir pourquoi tel sujet réagit au traumatisme par l'épilepsie, tandis que son voisin reste indemne de toute manifestation comitiale. Il semble qu'on puisse répondre sur ce point. Il apparaît, en effet, comme établi que l'épilepsie dépend surtout de lésions diffuses de sclérose miliaire névroglique, se développant de proche en proche à partir du point directement traumatisé, et au prorata de l'intensité du choc commotionnel à distance. N'échapperaient à l'épilepsie que les traumatismes bénins ou ceux dans lesquels l'agent traumatisant n'est animé que d'une force vive, minime, incapable de produire des effets à distance sur les cellules cérébrales.

Nous ne reprendrons pas l'explication du déclenchement périodique des manifestations épileptiques conditionnées cependant par des lésions anatomiques permanentes. La question est traitée dans la thèse de Lascourrèges.

Un fait plus troublant consiste en celui de l'irrégularité des troubles mentaux selon les sujets. Deux hypothèses sont en présence pour expliquer pourquoi certains sujets seuls font des troubles mentaux comme équivalents de leur épilepsie traumatique. Certains prétendent, sans pouvoir le démontrer d'une façon positive, que ces troubles mentaux sont explicables par la prédominance des lésions anatomiques de sclérose miliaire névroglique dans les régions cérébrales préposées aux fonctions psychiques. Cette théorie anatomique plus étroitement matérialiste satisfait la raison, mais on sait combien est fragile la thèse de la spécialisation fonctionnelle de certaines cellules encéphaliques.

Les plus avertis des auteurs opposent à ce dogme des localisations celui plus vague des prédispositions constitutionnelles. L'une et l'autre de ces opinions sont invérifiables et il est probable que là encore la plus grande sagesse réside dans le doute et l'éclectisme. Il est possible qu'il faille, en outre de modifications anatomiques permanentes, des altérations humorales constitutionnellement actives pour permettre le conditionnement d'une formule clinique particulière.

Nous avons vu la diversité de ces formes psychopathiques elles-mêmes qui peuvent affecter la forme d'impulsions à la violence, au vol, à l'incendie, celles d'accès maniaques, celles plus étranges de troubles partiels des perceptions intellectuelles. Il n'est pas douteux que là les tendances instinctives primordiales du sujet interviennent pour colorer d'une note personnelle la manifestation psychopathique du mal comitial. Ces manifestations diverses ne correspondent-elles pas cependant chacune à un mécanisme psychologique propre ?

Nous acceptons bien volontiers l'explication émise sur ce point par M. Molin de Teyssieu à qui il semble que ces phénomènes psychopathiques prennent, quels qu'ils soient, vérita-

blement figure de troubles de la série confusionnelle par altération quantitative des éléments mentaux qui, normalement, alimentent le cours de la pensée. « Il s'agirait d'une carence ou tout au moins d'une obnubilation psychique portant sur la faculté de perception plutôt que d'un défaut du pouvoir de synthèse mentale. »

Tout se résume, en somme, quelle que puisse être l'explication admise au processus analogue à celui des autres accidents épileptiques, à la sidération des centres supérieurs avec fonctionnement automatique des centres polygonaux.

CHAPITRE V

Étude médico-légale de l'épilepsie psychique traumatique.

L'existence des manifestations comitiales psychiques pures à la suite d'un traumatisme crânio-cérébral est susceptible d'entraîner des conséquences médico-légales importantes au triple point de vue du droit criminel, du droit civil et des règles administratives. Nous allons les envisager brièvement successivement.

I. Médecine légale criminelle.

La pratique médico-judiciaire de l'épilepsie soulève toute une série de difficiles problèmes, l'épilepsie larvée constituant, selon Ducosté, le chapitre le plus subjectif de la médecine légale psychiatrique en raison des incertitudes irréductibles de diagnostic que nous avons signalées au début de l'étude clinique.

L'irresponsabilité complète est acquise pour tous les actes accomplis sous l'influence directe de l'épisode comitial, la question se complique quand, par exemple, au cours d'une fugue pathologique, l'inculpé a accompli des actes à caractère utilitaire, « un vol », et portant la marque de ses tendances habituelles. Faut-il englober tout dans l'impunité qui découle du verdict d'irresponsabilité ? Faut-il se borner à tenir compte du fléchissement intellectuel qui a entravé le libre jeu du contrôle volontaire et conclure à une large atténuation de la responsabilité ?

Il semble qu'il faille être plus simpliste et s'inquiéter surtout

de la nocivité sociale du criminel. Tout acte délictueux suppose évidemment un fléchissement psychique transitoire ou durable portant, sinon sur la compréhension du jugement, tout au moins sur les facultés morales. La possibilité de mesures médicales efficaces et persistantes doit seule permettre la décision d'irresponsabilité. La sanction pénale doit intervenir pour les actes accomplis, même au cours d'équivalents épileptiques, s'il n'est pas possible d'interner et de maintenir interné le coupable, et si ces actes, conformes au caractère de leur auteur, ont été accomplis avec conscience même partielle. Il n'existe, en effet, aucun critérium suffisant de l'irrésistibilité des impulsions pour permettre une bienveillance systématique socialement lourde de conséquences.

L'épileptique, dit avec juste raison Ducosté, est intimidable ; il faut, quand il a eu conscience de ses actes, lui en apprendre la valeur par la rigueur et faire passer dans ses réflexes des habitudes de douceur et d'honnêteté quand il en a manqué.

La responsabilité complète est aujourd'hui admise par tous les aliénistes et médecins légistes pour les faits accomplis en dehors des paroxysmes sous l'influence de ce fameux tempérament épileptique dont les limites sont si floues. On a heureusement réagi contre l'exagération de Legrand du Saule, qui voulait que les comitiaux portassent sur eux, avec le certificat constatant leur maladie, le droit à une exonération complète en toute occurrence.

II. Médecine légale civile.

Les mêmes considérations s'appliquent évidemment aux épileptiques à forme psychopathique, au point de vue civil. La loi fait de l'irresponsabilité civile le corollaire obligatoire de l'irresponsabilité criminelle. Le fait est abusif et il est illogique de savoir que le propriétaire d'animaux est rendu responsable de leurs divagations, tandis qu'un comitial pyromane peut, impunément pour ses biens, incendier les récoltes d'un pauvre homme.

La capacité de l'épileptique psychique reste, comme celle des aliénés en général, entière, quand il n'est pas interdit. Le fait est juste en raison de l'intermittence du trouble mental. Les actes accomplis pendant les paroxysmes comitiaux peuvent toujours être attaqués pour cause de démence.

L'épileptique marié, au cours d'un état second comitial, « le fait est d'ailleurs invraisemblable », pourrait obtenir cassation de son union en vertu de l'article 146 du Code civil. Le trouble mental épileptique n'est pas une cause de divorce, hors le cas où sa dissimulation antérieure au mariage prend figure d'injure grave.

III. Médecine légale administrative.

Nous comprenons sous cette rubrique les relations de l'épilepsie psychique traumatique avec les lois du 9 avril 1898 sur les accidents du travail et du 31 mars 1919 sur les pensions militaires.

Dans les deux cas, le fait de l'apparition d'accidents comitiaux à formule psychique à la suite d'un traumatisme indubitable ouvre droit à réparation pécuniaire pour la victime quel que puisse être l'état antérieur de prédisposition vésanique.

L'évaluation de cette réparation ne laisse pas d'être plus délicate. Le guide barème de 1919 et les tables de Sachet calculées sur lui donnent 100 p. 100 pour les troubles mentaux nécessitant l'internement, et 80 p. 100 pour ceux ne nécessitant pas l'internement ou une surveillance continue dans la famille. Il semble que l'intermittence et la grande rareté même dans certains cas des épisodes psychopathiques s'accommodent mal de chiffres aussi élevés et aussi rigides.

Les cas d'épilepsie psychique post-traumatique doivent donc préférablement être indemnisés sous la rubrique du barème : épilepsie traumatique. Si cette rubrique ne vise pas implicitement les formes psychiques, elle les englobe tacitement. Cet article tient compte, en effet, de la fréquence des accidents, il

laisse une large marge entre 50 et 80 p. 100 et permet ainsi une plus grande équité.

Il appartient à l'expert de juger de chaque espèce et d'apprécier dans ses limites le retentissement réel apporté par le trouble psychique épisodique sur la capacité ouvrière actuelle du blessé.

CONCLUSIONS

I. — Les traumatismes cranio-cérébraux ouverts ou fermés sont susceptibles, rarement il est vrai, de déterminer des accidents épileptiques à forme psychique pure.

II. — Ces manifestations comitiales peuvent se montrer précocement. Elles sont le plus souvent tardives. La prédisposition vésanique constitutionnelle et les excès alcooliques favorisent nettement leur apparition.

III. — Elles ne diffèrent en rien des équivalents psychiques de l'épilepsie essentielle. Elles affectent le plus souvent le type des impulsions.

IV. — Leur caractéristique clinique est la soudaineté d'apparition. L'inconscience concomitante et l'amnésie consécutive qui sont très fréquentes peuvent cependant manquer.

V. — Quelle que soit leur forme, ces accidents mentaux de l'épilepsie traumatique relèvent du même mécanisme psychologique que la confusion mentale.

VI. — Leur existence authentique entraîne l'irresponsabilité complète pour tous les actes accomplis sous leur influence directe. Elle n'a pas comme corrolaire obligatoire l'incapacité civile. Elle ouvre des droits certains à réparation pécuniaire pour la victime du traumatisme.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président
J. ABADIE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 23 juin 1924.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉHAGUE. — Étude sur l'épilepsie traumatique. Thèse de Paris, 1919-1920.
- BILLET et LENORMANT. — L'épilepsie traumatique. XXX^e Congrès de chirurgie, Strasbourg, 1921.
- BÉHAGUE. — Rapport sur l'épilepsie traumatique. XXV^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Luxembourg, 1921.
- CESTAN. — Les épilepsies. Flammarion, éditeur, Paris, 1922.
- CHENEVEAU. — Contribution à l'étude des troubles neuro-psychiatriques des trépanés. Thèse de Bordeaux, 1922-1923.
- CHRISTIANSEN. — Effet tardif des lésions traumatiques sur le système nerveux. *Presse médicale*, 13 février 1924.
- DUCASTÉ. — La maladie épileptique au point de vue étiologique, psychiatrique et médico-légal. *Bulletin médical*, 1^{er} octobre 1921.
- DUPRÉ. — Discussion sur l'épilepsie traumatique. Compte rendu du XXV^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Luxembourg, août 1921.
- GUEDE. — Psychiatrie médico-légale de l'épilepsie. *Arch. Rio Grandienies de med.*, décembre 1920; *Revue de neurologie*, 1923, II, p. 275.
- HARTENBERG. — Les conditions favorisantes des paroxysmes épileptiques. *Presse médicale*, 30 avril 1924, n^o 35.
- HENRI. — Étude clinique des suites éloignées des blessures du lobe frontal. Thèse de Bordeaux, 1923.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les psycholeptiques. *Progrès médical*, 17 juillet 1920; *Revue de neurologie*, 1923, II, p. 268.
- LASCOURRÈGES. — Contribution à l'étude de l'épilepsie traumatique tardive. Thèse de Bordeaux, 1923-1924.

- MARCHAND. — Des accès épileptiques avec conservation de la conscience. *Presse médicale*, 2 avril 1924, n° 27.
- MAXWELL. — L'amnésie et les troubles de la conscience dans l'épilepsie. Thèse de Bordeaux, 1903.
- MOLIN DE TEYSSIEU. — Le sentiment du déjà vu chez les épileptiques. *Annales médico-psychologiques*, avril 1924.
- PAINE. — Psychatic symptom of epilepsy. *American Journ. of psychiatri*, avril 1923, p. 713.
- POROT. — Le domaine mental de l'épilepsie traumatique. XXVI^e Congrès des aliénistes et neurologistes, Luxembourg, 1921.
- ROGER. — Les épilepsies traumatiques. *Monde médical*, novembre 1920.
- SÉGLAS. — Considérations cliniques et médico-légales sur l'amnésie rétrograde dans l'épilepsie. *Annales d'hygiène et de médecine légale*, mai 1897.
- VERNET. — Épilepsie psychique méconnue, constitution épileptogène réveillée par des influences de guerre. *Gazette des hôpitaux*, janvier 1920, p. 72; *Revue de neurologie*, 1921, p. 1040.

